



INTERIM ASSISTANCE REIMBURSEMENT AUTHORIZATION  
**첫 급부금**  
INITIAL PAYMENT

|           |            |           |      |
|-----------|------------|-----------|------|
| 케이스 번호    | 소셜 시큐리티 번호 | 수혜자 ID 번호 | 전화번호 |
| 주소        | 시          | 주         | 우편번호 |
| 우편물 수령 주소 | 시          | 주         | 우편번호 |

**이 승인서에서 언급하는 주정부는 사회복지부(Department of Social and Health Services)를 의미합니다.**

**이 승인서에 서명할 경우 본인은 주정부에 무엇을 허용하게 되는가?**

본인의 생계보조비(SSI: Supplemental Security Income) 혜택 수혜자격이 판정되면 본인은 사회보장 행정국(SSA: Social Security Administration)의 국장에게 다음을 허용함을 인지합니다.

- 소급되는 귀하의 생계보조비(SSI) 첫 급부금을 주정부에 제공함
- 연방법에 따라 본인의 생계보조비(SSI) 수혜 방식에 어떤 제재 조치가 있을 경우 주정부로부터 받은 상환 가능한 정부보조금 금액 만큼을 주정부에 제공함

**주정부는 본인에게 제공된 상환 가능한 정부보조금을 어떻게 되돌려 받는가?**

주정부는 본인의 SSI 급부금 수혜자격을 판정한 첫 달부터 SSI 급부금이 지급되기 시작하는 달까지의 기간동안 본인이 주정부로부터 받은 정부보조금 금액 만큼 본인의 첫 소급 SSI 급부금에서 공제합니다. 주정부에서 본인의 정부보조금을 제 달에 중단시킬 수 없을 경우는 그 다음 달에 중단됩니다. 본인의 급부금 수혜 방식에 대해 연방법으로 어떤 제재 조치가 있을 경우 SSA는 본인이 주정부로부터 받은 급부금 금액 만큼 주정부에 제공합니다. 주정부는 연방정부 자금으로 제공되는 일체의 혹은 일부의 혜택 금액은 공제하지 않습니다.

**주정부에서 금액을 초과해 받을 경우 어떻게 되는가?**

주정부는 SSA로부터 급부금을 받은 후 10일 이내에 주정부 보유 금액을 적은 서신과 함께 초과분을 본인에게 발송합니다.

**SSA에서 첫 급부금 수표를 본인에게 송부하였을 경우 어떻게 하는가?**

그럴 경우 본인은 그 수표를 "State of Washington" 앞으로 베서하여 아래 주소로 보낼 것입니다.

STATE OF WASHINGTON  
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862  
PO BOX 9501  
OLYMPIA WA 98507-9501

**이 승인서는 얼마나 유효한가?**

이 승인서는 주정부에서 이 승인서를 접수한 날짜로부터 달력상으로 일년간 유효(본인과 주정부)합니다. 이 승인서는 주정부 대변인과 본인이 서명하고 날짜를 기입하여야만 그 효력을 발휘합니다. SSA는 이 승인서를 일년간 보관할 것입니다.

**SSI 신청서를 이미 제출하였거나 할 경우 이 승인서는 달력상으로 일년의 기간이 지났다 하더라도 다음 기간까지 유효합니다.**

- 첫 SSI 급부금을 받기까지
- 재심을 제때 신청하지 않고 행정 혹은 사법 만기 신청에 허용되는 최대 신청기간이 만기될 때까지
- 주정부와 본인이 이 승인서를 취하할 것에 동의하기까지

**이 승인서는 본인이 이 승인서에 서명하고 날짜를 기입한 후 30일 이내에 주정부에서 그 사실을 SSA에 통보하지 않으면 본인에 대한 구속력을 발휘할 수 없습니다.**

**이 승인서는 SSI 혜택에 대한 보호용 서류로 소용이 있는가?**

네 있습니다. SSI 신청서를 아직 신청하지 않았고 SSI 신청서를 제출하려고 할 경우 SSA에 제공된 이 승인서는 60일 동안 신청 기간을 인정 받을 수 있습니다. 신청한 SSI 혜택이 승인이 되면 이 승인서에 기재된 날짜부터 혜택이 유효할 수도 있습니다. SSI 혜택을 60일 이내에 신청하지 않을 경우 SSI에 허용되는 신청기간의 보호를 받을 수 없습니다.

**본인은 이 승인서 및 상환금과 관련하여 주정부에서 취한 조치에 동의하지 않을 경우 공정심의회를 가질 권리가 있습니다.**

|               |              |
|---------------|--------------|
| 수혜자의 서명       | 날짜           |
| DSHS 담당 직원 서명 | DSHS에서 받은 날짜 |